Composante du produit nº 82-003-X au catalogue de Statistique Canada
Rapports sur la santé

Article

Décomposition selon l'âge et la cause des différences dans l'espérance de vie entre les résidents de l'Inuit Nunangat et ceux du reste du Canada, 1989 à 2008

par Paul A. Peters

Décembre 2013

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à infostats@statcan.gc.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros sans frais suivants :

- Service de renseignements statistiques 1-800-263-1136
- Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants 1-800-363-7629
- Télécopieur 1-877-287-4369

Programme des services de dépôt

Service de renseignements 1-800-635-7943
Télécopieur 1-800-565-7757

Comment accéder à ce produit

Le produit n° 82-003-X au catalogue est disponible gratuitement sous format électronique. Pour obtenir un exemplaire, il suffit de visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca et de parcourir par « Ressource clé » > « Publications ».

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « À propos de nous » > « Notre organisme » > « Offrir des services aux Canadiens ».

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2013

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'entente de licence ouverte de Statistique Canada (http://www.statcan.gc.ca/reference/licence-fra.html).

This publication is also available in English.

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, ses entreprises, ses administrations et les autres établissements. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Signes conventionnels

Les signes conventionnels suivants sont employés dans les publications de Statistique Canada :

.	indisponible pour toute période de référence
..	indisponible pour une période de référence précise
...	n'ayant pas lieu de figurer
0	zéro absolu ou valeur arrondie à zéro
0^s	valeur arrondie à 0 (zéro) là où il y a une distinction importante entre le zéro absolu et la valeur arrondie
p	provisoire
r	révisé
x	confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
E	à utiliser avec prudence
F	trop peu fiable pour être publié
*	valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p<0,05$)

Décomposition selon l'âge et la cause des différences dans l'espérance de vie entre les résidents de l'Inuit Nunangat et ceux du reste du Canada, 1989 à 2008

par Paul A. Peters

Résumé

Contexte

La présente étude vise à quantifier les différences dans l'espérance de vie entre les résidents de l'Inuit Nunangat et la population du reste du Canada, à estimer la contribution de causes particulières de décès aux différences; et à examiner ces différences au fil du temps, selon le sexe et le groupe d'âge.

Méthodologie

On a utilisé une approche géographique pour décomposer les différences dans l'espérance de vie entre les résidents de l'Inuit Nunangat et les personnes vivant à l'extérieur de cette région géographique. On a calculé les différences dans l'espérance de vie selon la cause, le sexe et le groupe d'âge, au moyen de la méthode discrète de décomposition, et on les a appliquées aux tables de mortalité abrégées. Les causes de décès ont été classées selon les catégories de la charge mondiale de morbidité. Des causes de décès attribuables ont été calculées pour les causes traitables par une intervention médicale et pour les maladies liées au tabagisme.

Résultats

Ce sont les traumatismes qui ont contribué le plus aux différences dans l'espérance de vie entre les hommes de l'Inuit Nunangat et ceux du reste du Canada, et plus particulièrement les traumatismes auto-infligés chez les 15 à 24 ans. Dans le cas des femmes, ce sont les néoplasmes malins et les maladies respiratoires chez les 65 à 79 ans qui ont contribué le plus.

Interprétation

L'écart dans l'espérance de vie entre les résidents de l'Inuit Nunangat et ceux du reste du Canada peut être attribué à des groupes particuliers de causes correspondant à des fourchettes d'âge particulières.

Mots-clés

Autochtone, cause de décès, taux de décès, indigène, longévité, mortalité.

Auteurs

Paul A. Peters (1-613-951-0616), paul.a.peters@statcan.gc.ca) travaille à la Division de l'analyse de la santé de Statistique Canada, Ottawa (Ontario) K1A 0T6.

L'espérance de vie au Canada a augmenté de façon constante au cours des dernières décennies et figure parmi les plus élevées au monde[1]. Toutefois, les augmentations de la longévité et les baisses de la mortalité ne sont pas égales pour tous les groupes de population ou régions[2]. De façon plus particulière, les taux de mortalité dans les régions à fort pourcentage d'Autochtones sont plus élevés pour une gamme de maladies et de traumatismes[3-5].

Des recherches antérieures ont démontré que l'espérance de vie des résidents de l'Inuit Nunangat est uniformément plus faible que l'espérance estimée pour la population du reste du Canada, tandis que la mortalité et la morbidité sont plus élevées[3,4,6-9]. Le présent document porte sur ces différences et examine les causes de décès et les groupes d'âge qui contribuent aux différences persistantes dans les résultats au chapitre de la santé.

On ne dispose pas de façon uniforme d'identificateurs de l'identité ou de l'ascendance inuite dans les dossiers de l'état civil de toutes les régions et pour toutes les périodes. Par conséquent, on a utilisé une approche géographique pour analyser l'ensemble de la population de la région Inuit Nunangat[10], où vivent la majorité des Inuits au Canada[11].

L'espérance de vie n'est qu'un indicateur de la santé de la population, mais il est particulièrement utile, compte tenu de sa souplesse pour décrire la santé des membres d'une population[12]. La présente analyse comprend une décomposition de l'espérance de vie utilisée pour déterminer les causes de décès et les groupes d'âge qui ont contribué à l'écart dans l'espérance de vie entre les résidents de l'Inuit Nunangat et la population du reste du Canada, au cours de la période de 1989 à 2008. La méthode de décomposition est facile à interpréter, et les résultats sont comparables à ceux d'autres groupes de population au Canada et dans d'autres pays.

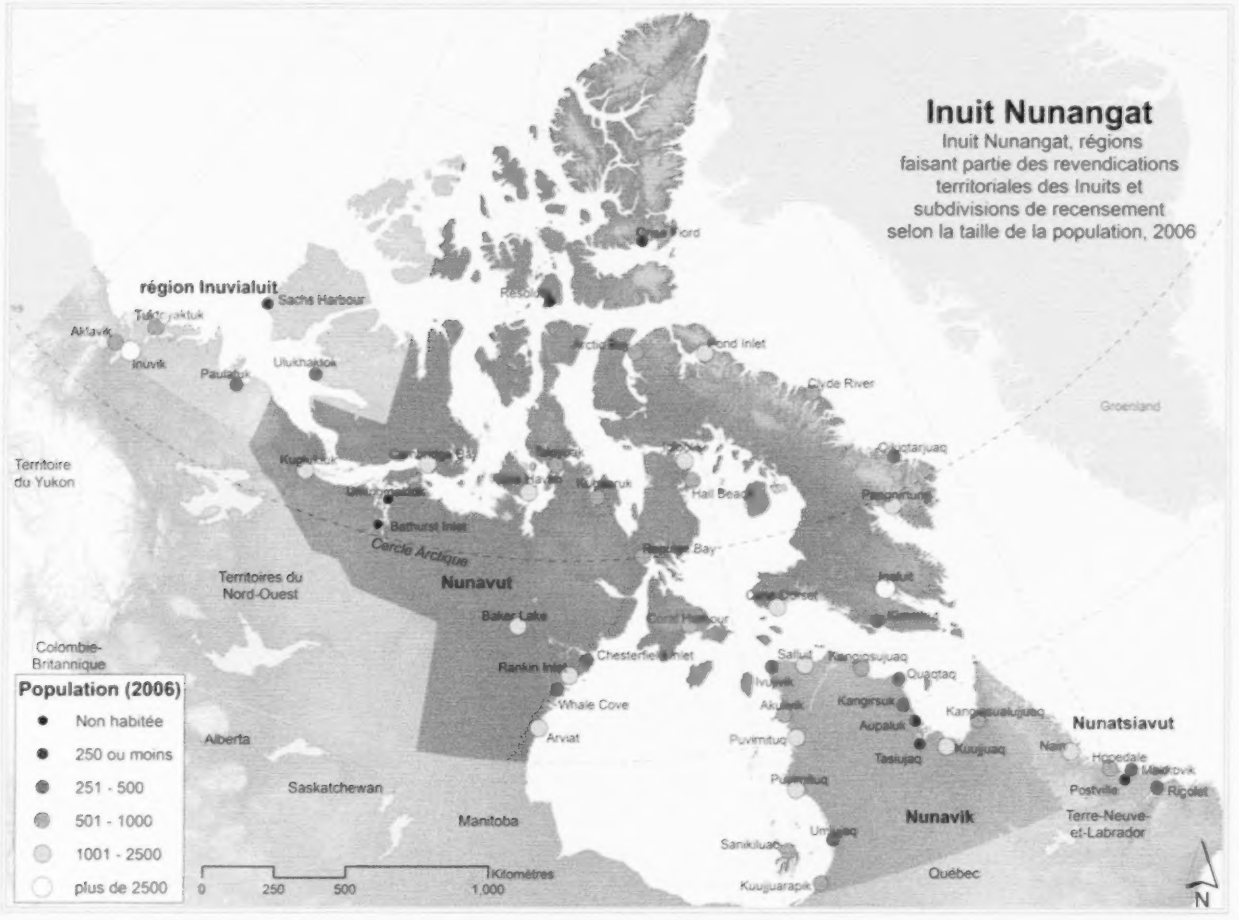
Méthodologie

L'absence d'identificateurs des Inuits uniformément disponibles dans les dossiers de l'état civil a limité l'analyse de ce sous-groupe de population[13]. Pour compenser cette limite, on a adopté une approche géographique dans la présente étude, les décès dans la région Inuit Nunangat étaient comparés à ceux se produisant dans le reste du Canada[5,10,14]. En 2006, près de 40 000 personnes déclarant une identité inuite vivaient dans les quatre régions de l'Inuit Nunangat : région désignée des Inuvialuits, Nunavut, Nunavik et Nunatsiavut (figure 1). Les Inuits constituent environ 78 % de la population de l'Inuit Nunangat[9], même si le pourcentage de personnes dans la population totale s'identifiant comme Inuits varie dans chaque région[6].

Les enregistrements de décès de la statistique de l'état civil et les estimations de population du recensement ont servi à calculer l'espérance de vie. Les années-personnes à risque ont été déterminées à partir d'estimations détaillées de la population selon l'âge et le sexe, lorsqu'elles étaient disponibles (1996 à 2006), et à partir des chiffres de population du recensement pour une année intermédiaire (1989 à 1995, 2007 à 2008). Les décès ont été compilés sur la base du lieu habituel de résidence, peu importe où le décès s'était produit, et pour des périodes de cinq ans, l'année intermédiaire de cette période correspondant à l'année du recensement quinquennal.

Les causes de décès ont été classées selon la charge mondiale de morbidité (CMM), à partir des codes de la *Classification internationale des maladies, 9e et 10e révisions* (CIM-9 et CIM-10)[15]. On a choisi le cadre de la CMM parce que son agrégation des décès est plus pertinente que les divisions cliniques et rend compte des progrès socioéconomiques et de l'étape de tran-

Figure 1
Inuit Nunangat, régions faisant partie des revendications territoriales des Inuits et subdivisions de rencensement selon la taille de la population, 2006



Source : Geographie du recensement 2006, Statistique Canada. Produit par la division de l'analyse de la santé.

sition épidémiologique des populations autochtones[12,16]. La classification de la charge mondiale de morbidité définit trois grands groupes : Groupe I – maladies transmissibles, maternelles, périnatales et nutritionnelles; Groupe II – maladies non transmissibles; et Groupe III – traumatismes intentionnels et non intentionnels. Par ailleurs, des catégories de causes de décès ont été créées pour les maladies liées au tabagisme et les causes pour lesquelles il existe des interventions médicales[9,17]. La catégorie des décès liés au tabagisme comprend les cancers de la cavité buccale, le cancer du pharynx et de l'œsophage; le cancer du larynx, le cancer de la trachée, des bronches et des poumons; et d'autres décès par maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Les décès évitables grâce à une intervention médicale étaient la tuberculose, d'autres maladies infectieuses et parasitaires, le cancer du sein, le cancer du col utérin, la maladie d'Hodgkin et la leucémie, l'hypertension, la maladie cérébrovasculaire, la pneumonie, l'influenza, l'appendicite, l'hernie, l'ulcère peptique, la cholécystite, la lithiase et les décès maternels.

Des tables de mortalité abrégées ont été établies selon la méthode révisée de Chiang, ainsi que des variances, des erreurs-types et des intervalles de confiance de 95 % connexes[18]. La valeur de *a* (années-personne moyennes vécues dans l'intervalle divisées par celles mourant dans l'intervalle) a été établie à 0,1 pour le groupe le plus jeune, afin de rendre compte de la mortalité infantile élevée, et à 0,5 pour tous les autres groupes d'âge. La méthode révisée diffère du point de vue du calcul de l'erreur-type parce qu'elle permet une valeur de 0 décès dans un groupe d'âge donné, le calcul de la variance de la probabilité de décès (*var(qx)*) faisant intervenir une multiplication par le taux de mortalité. Cette option est privilégiée pour les petites régions, par opposition à l'imputation de valeurs en fourchettes d'âge comportant 0 décès[19].

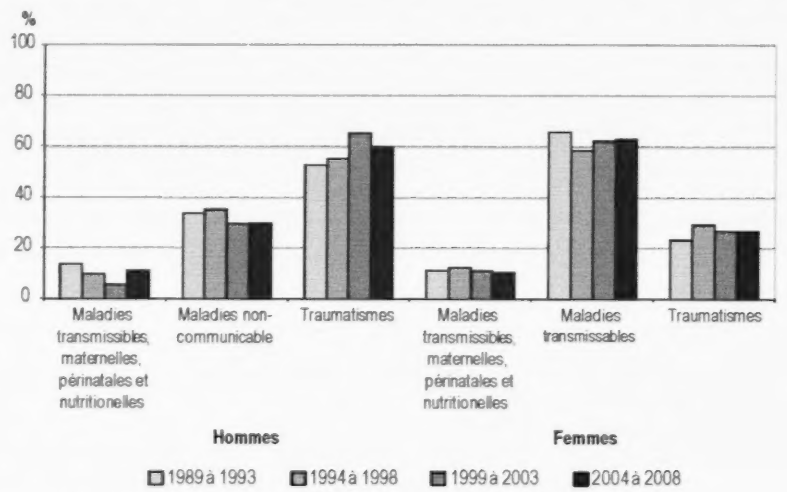
Les différences dans l'espérance de vie à la naissance selon le groupe d'âge ont été calculées au moyen de la méthode

Tableau 1
Espérance de vie à la naissance, selon le sexe, Inuit Nunangat et reste du Canada, 1991, 1996, 2001 et 2006

	Inuit Nunangat			Reste du Canada			
		Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %		
	Années	de	à	Années	de	à	Différence (années)
Hommes et femmes confondus							
1991 (1989 à 1993)	67,3	66,4	68,2	76,9	76,9	76,9	9,6
1996 (1994 à 1998)	67,9	67,1	68,8	77,6	77,6	77,6	9,7
2001 (1999 à 2003)	67,4	66,6	68,2	78,6	78,6	78,7	11,2
2006 (2004 à 2008)	70,2	69,4	70,9	79,5	79,4	79,5	9,3
Hommes							
1991 (1989 à 1993)	63,5	62,2	64,8	74,1	74,1	74,2	10,6
1996 (1994 à 1998)	64,7	63,5	65,8	75,1	75,1	75,1	10,5
2001 (1999 à 2003)	65,0	63,9	66,1	76,5	76,4	76,5	11,5
2006 (2004 à 2008)	67,7	66,7	68,7	77,5	77,5	77,6	9,9
Femmes							
1991 (1989 à 1993)	71,1	69,8	72,3	79,7	79,6	79,7	8,6
1996 (1994 à 1998)	71,6	70,4	72,9	80,1	80,0	80,1	8,4
2001 (1999 à 2003)	70,0	68,9	71,1	80,7	80,7	80,8	10,7
2006 (2004 à 2008)	72,8	71,7	73,9	81,3	81,3	81,4	8,5

Sources : Années-personnes à risque groupées estimées à partir des populations de recensement à mi-période, 1989 à 1993, années-personnes à risque estimées à partir des estimations démographiques annuelles, 1994 à 2008; décès pour 1989 à 2008 estimés à partir de la Base de données de l'état civil – Décès.

Figure 2
Contribution en pourcentage à la différence dans l'espérance de vie à la naissance entre l'Inuit Nunangat et le reste du Canada, selon le sexe et le groupe de la charge mondiale de morbidité, 1989 à 1993, 1994 à 1998, 1999 à 2003 et 2004 à 2008



Source : Année-personne à risque regroupé à partir des populations du recensement à mi-période, 1989 à 1993, année-personne à risque à partir des estimations démographiques annuelles, 1994 à 2008; décès, 1989 à 2008, à partir de la Base canadienne de données sur l'état civil, Décès.

de décomposition discrète Arriaga II et appliquées aux tables de mortalité abrégées[20,21], afin de déterminer quelles différences dans la mortalité propres à l'âge et à la cause contribuaient le plus à la différence totale dans l'espérance de vie entre les résidents de l'Inuit Nunangat et la population du reste du Canada. L'effet total ($_nIx$) pour un groupe d'âge donné a été calculé comme la contribution de la différence de mortalité dans un groupe d'âge (x to $x+n$) aux différences dans les espérances de vie à la naissance entre deux populations[21,22]. On ne calcule pas d'intervalles de confiance pour cette technique, parce qu'une recherche plus poussée est nécessaire pour produire les intervalles appropriés[23].

Résultats

Au cours des deux dernières décennies, l'espérance de vie a augmenté pour les résidents de l'Inuit Nunangat et pour la population du reste du pays (tableau 1). Parmi les hommes de l'Inuit Nunangat, l'espérance de vie a augmenté, pour passer de 63,5 ans de 1989 à 1993 à 67,7 ans de 2004 à 2008; chez les

Tableau 2
Contribution (années et pourcentage) à la différence d'espérance de vie à la naissance entre l'Inuit Nunangat et le reste du Canada, selon le sexe et la cause détaillée de décès, 1989 à 1993, 1994 à 1998, 1999 à 2003, et 2004 à 2008

	1989 à 1993		1994 à 1998		1999 à 2003		2004 à 2008	
	Années	%	Années	%	Années	%	Années	%
Hommes								
Différence totale (pourcentage)	**10,6**	**(100)**	**10,5**	**(100)**	**11,5**	**(100)**	**9,9**	**(100)**
Groupe I : Affections transmissibles, maternelle, périnatales et nutritionnelles	**1,3**	**(13)**	**0,9**	**(9)**	**0,5**	**(5)**	**0,9**	**(9)**
Infections respiratoires	0,6	(5)	0,4	(4)	0,2	(1)	0,1	(1)
Groupe II : Maladies non transmissibles	**3,3**	**(31)**	**3,3**	**(32)**	**3,0**	**(26)**	**2,5**	**(25)**
Néoplasmes malins	1,8	(17)	1,4	(13)	1,4	(12)	1,1	(12)
Cancers de la trachée, des bronches et du poumon	1,3	(12)	0,6	(6)	1,0	(8)	0,8	(8)
Maladies cardiovasculaires	0,6	(5)	0,8	(7)	0,7	(7)	0,7	(8)
Maladies de l'appareil respiratoire	0,5	(5)	0,8	(7)	0,6	(5)	0,6	(6)
Maladie pulmonaire chronique obstructive	0,4	(4)	0,6	(6)	0,5	(4)	0,4	(4)
Groupe III : Traumatismes	**5,2**	**(49)**	**5,2**	**(50)**	**6,6**	**(58)**	**5,0**	**(51)**
Traumatismes non intentionnels	2,3	(22)	2,4	(23)	2,0	(17)	1,8	(19)
Traumatismes intentionnels	2,9	(27)	2,8	(27)	4,7	(41)	3,2	(32)
Traumatismes auto-infligés	2,4	(23)	2,7	(25)	4,3	(38)	3,1	(31)
Autres causes et causes mal définies	**0,8**	**(8)**	**1,0**	**(10)**	**1,4**	**(12)**	**1,5**	**(15)**
Maladies liées au tabagisme	**2,0**	**(19)**	**1,8**	**(17)**	**1,7**	**(15)**	**1,3**	**(13)**
Causes évitables par une intervention médicale	**1,0**	**(10)**	**0,9**	**(8)**	**0,4**	**(4)**	**0,8**	**(8)**
Femmes								
Différence totale	**8,6**	**(100)**	**8,4**	**(100)**	**10,7**	**(100)**	**8,5**	**(100)**
Groupe I : Affections transmissibles, maternelle, périnatales et nutritionnelles	**0,8**	**(10)**	**0,8**	**(9)**	**1,0**	**(9)**	**0,7**	**(8)**
Infections respiratoires	0,3	(3)	0,2	(3)	0,3	(3)	0,3	(4)
Groupe II : Maladies non transmissibles	**4,9**	**(56)**	**3,7**	**(45)**	**5,6**	**(52)**	**4,3**	**(51)**
Néoplasmes malins	1,1	(12)	1,5	(18)	2,6	(24)	2,1	(25)
Cancers de la trachée, des bronches et du poumon	0,9	(10)	1,3	(16)	1,5	(14)	1,3	(15)
Maladies cardiovasculaires	1,1	(13)	0,4	(5)	1,0	(9)	0,5	(6)
Maladies de l'appareil respiratoire	2,1	(25)	1,5	(17)	1,4	(13)	1,4	(16)
Maladie pulmonaire chronique obstructive	1,7	(19)	1,1	(13)	1,2	(11)	1,0	(11)
Groupe III : Traumatismes	**1,7**	**(20)**	**1,9**	**(22)**	**2,4**	**(22)**	**1,8**	**(21)**
Traumatismes non intentionnels	1,0	(12)	1,0	(12)	1,2	(11)	0,9	(10)
Traumatismes intentionnels	0,7	(8)	1,0	(11)	1,3	(12)	1,0	(11)
Traumatismes auto-infligés	0,5	(6)	0,8	(10)	1,1	(11)	0,8	(10)
Autres causes et causes mal définies	**1,2**	**(14)**	**2,0**	**(24)**	**1,7**	**(16)**	**1,7**	**(20)**
Maladies liées au tabagisme	**2,9**	**(34)**	**2,7**	**(32)**	**2,8**	**(26)**	**2,6**	**(31)**
Causes évitables par une intervention médicale	**0,9**	**(10)**	**0,4**	**(5)**	**1,2**	**(11)**	**0,6**	**(7)**

Sources : Années-personnes à risque groupées estimées à partir des populations de recensement à mi-période, 1989 à 1993; années-personnes à risque estimées à partir des estimations démographiques annuelles, 1994 à 2008; décès pour 1989 à 2008 estimés à partir de la Base de données de l'état civil – Décès.

femmes, l'espérance de vie a aussi augmenté pour passer de 71,1 ans à 72,8 ans. Parallèlement, l'espérance de vie des hommes vivant ailleurs au Canada a augmenté pour passer de 74,1 à 77,5 ans, et pour les femmes, de 79,7 à 81,3 ans.

Les différences dans l'espérance de vie entre les résidents de l'Inuit Nunangat et du reste du Canada se sont maintenues tout au long de la période. Pour les deux sexes combinés, l'écart était de 9,6 ans de 1989 à 1993 et de 9,3 ans de 2004 à 2008. Même si l'espérance de vie des résidents de l'Inuit Nunangat était plus faible pour les hommes que pour les femmes, les différences par rapport au reste du Canada étaient similaires pour les deux sexes.

À partir de techniques de décomposition, l'écart dans l'espérance de vie a fait l'objet d'un examen selon la cause de décès détaillée. Si l'on utilise uniquement les regroupements de causes principales de décès de la charge mondiale de morbidité, des différences claires ressortent entre les sexes (figure 2). Dans le cas des hommes, c'est le Groupe III (traumatismes) qui a contribué le plus à l'écart pour toutes les périodes. Par contre, dans le cas des femmes, c'est le Groupe II (maladie non transmissible) qui a contribué le plus à la différence.

Le rôle prépondérant des traumatismes relativement à l'écart dans l'espérance de vie des hommes rend compte dans une large mesure des décès attribuables à des traumatismes auto-infligés, qui ont représenté 23 % de la différence de 1989 à 1993, et 31 % de 2004 à 2008 (tableau 2). La deuxième cause principale en importance de l'écart dans l'espérance de vie des hommes était le traumatisme non intentionnel, dont la contribution a été de 19 % de 2004 à 2008. Dans le cas des maladies non transmissibles, les décès attribuables à un néoplasme malin représentaient une composante importante de la différence pour toutes les périodes. Les maladies liées au tabagisme représentaient 19 % de la différence de 1989 à 1993, mais seulement 13 % de 2004 à 2008. Les décès évitables par une intervention médicale représentaient 10 % de la différence de 1989 à 1993, et 8 % de 2004-2008.

Dans le cas des femmes, c'est le Groupe II – maladies non transmissibles qui a contribué le plus à l'écart dans l'espérance de vie. La composante la plus importante de ce groupe est le néoplasme malin, responsable de 25 % de la différence dans l'espérance de vie de 2004 à 2008. Suivaient les maladies respiratoires, et plus particulièrement la maladie pulmonaire obstructive chronique. Les traumatismes ont contribué à 20 % de l'inégalité de 1989 à 1993 et à 21 % de 2004 à 2008. En tant que catégorie proprement dite, les maladies liées

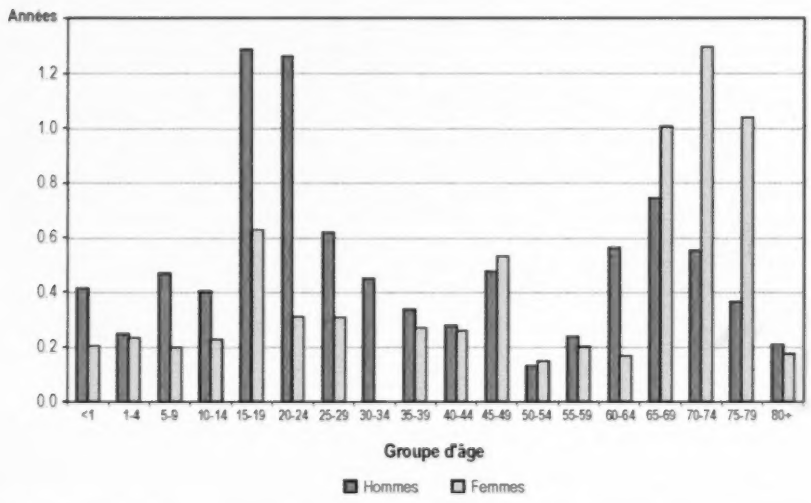
Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- L'espérance de vie au Canada a augmenté de façon constante au cours des dernières décennies et figure parmi la plus élevée au monde.
- Les augmentations de la longévité et les baisses de la mortalité ne sont pas égales pour tous les groupes de population ou régions.
- L'espérance de vie des résidents de l'Inuit Nunangat a toujours été plus faible que celle estimée pour la population du reste du Canada, tandis que la mortalité et la morbidité sont plus élevées.

Ce qu'apporte l'étude

- Les différences dans l'espérance de vie entre les résidents de l'Inuit Nunangat et la population du reste du Canada peuvent être attribuées à des causes particulières qui se produisent à l'intérieur de fourchettes d'âge définies.
- Dans le cas des hommes, les traumatismes auto-infligés sont ceux qui contribuent le plus aux différences dans l'espérance de vie, principalement de 15 à 24 ans.
- Dans le cas des femmes, les cancers et les maladies respiratoires sont ceux qui contribuent le plus aux différences dans l'espérance de vie, de 65 à 79 ans.

Figure 3
Contribution en années aux différences dans l'espérance de vie à la naissance entre l'Inuit Nunangat et le reste du Canada, selon le sexe et le groupe d'âge, 1989 à 2008



Source : Années-personne à risque regroupées à partir des populations du recensement à mi-période, 1989 à 1993, années-personne à risque à partir des estimations démographiques annuelles, 1994 à 2008, décès, 1989 à 2008, à partir de la Base canadienne de données sur l'état civil, Décès.

au tabagisme sont celles qui ont contribué le plus à l'écart dans l'espérance de vie des femmes : 34 % de 1989 à 1993 et 31 % de 2004 à 2008. Comme dans le cas des hommes, les causes évitables par une intervention médicale représentaient environ 10 % de la différence entre les femmes pour la plupart des périodes.

La figure 3 montre la contribution de chaque groupe d'âge à la différence dans l'espérance de vie au cours de l'ensemble de la période de 1989 à 2008. Dans le cas des femmes, les principales différences dans l'espérance de vie se sont manifestées de 65 à 79 ans. Par contre, les différences les plus marquées pour les hommes se sont produites entre 15 à 24 ans.

Discussion

Les résultats de cette analyse offrent une meilleure compréhension des maladies et des problèmes de santé contribuant aux différences dans l'espérance de vie entre les résidents de l'Inuit Nunangat et la population du reste du Canada. Les traumatismes, et plus particulièrement les traumatismes auto-infligés, ont contribué le plus à l'écart pour les hommes, et les maladies non transmissibles, et plus particulièrement les maladies liées au tabagisme, pour les femmes. Dans le cas des hommes, les groupes d'âge représentant la proportion la plus grande de la différence étaient la fin de l'adolescence et le début de la vingtaine, en raison pour une large part des taux élevés de traumatisme et de suicide[24]. Toutefois, les différences les plus importantes au chapitre de la mortalité pour les femmes se manifestaient à des âges plus avancés, ce qui rend compte des problèmes chroniques résultant de l'exposition cumulative.

On a souvent utilisé des techniques de décomposition pour examiner les différences socioéconomiques dans l'espérance de vie, mais relativement peu de recherches ont été consacrées aux différences entre les populations autochtones et non autochtones[25,26]. Les résultats d'une étude australienne reposant sur des techniques de décomposition pour étudier l'espérance de vie des populations autochtones et non autochtones[26] étaient similaires à celles présentées ici, les maladies non transmissibles étant responsables d'un pourcentage important de la différence. Toutefois, le Groupe III – traumatismes ne jouait pas de rôle majeur dans les différences entre les populations autochtones et non autochtones de l'Australie, et les traumatismes intentionnels, dans le cas des hommes, ne comportaient pas de différences significatives entre les deux groupes.

La présente analyse comporte plusieurs limites. Tout d'abord, les données ont trait à l'ensemble de la population de l'Inuit Nunangat, et non pas seulement les Inuits. Ainsi, les résultats ne peuvent pas être interprétés comme s'appliquant particulièrement aux Inuits, mais plutôt à tous les résidents de l'Inuit Nunangat. En deuxième lieu, il se peut que l'enregistrement des données de l'état civil parmi les résidents habituels de l'Inuit Nunangat soit incomplet, en raison du peu d'établissements de traumatologie ou de soins de longue durée situés dans cette région au cours de la période examinée. Les résidents ont souvent reçu des soins intensifs et de longue durée à l'extérieur de la région, ce qui fait que certains décès de résidents habituels de l'Inuit Nunangat peuvent ne pas avoir été enregistrés comme tels. En troisième lieu, les données pour la population sous-jacente proviennent de sources différentes. Même si des estimations de population améliorées étaient disponibles pour certaines années, elles ont dû être complétées par des estimations du recensement, lorsque des estimations détaillées n'étaient pas disponibles. En quatrième lieu, les résultats au chapitre de la santé et l'état de santé diffèrent parmi les quatre régions inuites[27]. Certains résultats pourraient être désagrégés selon la région, mais ils ne sont pas présentés ici parce que les détails de la cause de décès seraient réduits. Enfin, la présente analyse ne tient pas compte des contributions possibles des déterminants sociaux de la santé[28] ou de la prestation de services de santé[29] aux différences dans l'espérance de vie.

Conclusion

Les résultats de la présente étude montrent que les différences dans l'espérance de vie entre les résidents de l'Inuit Nunangat et du reste du Canada peuvent être attribuées à des groupes de causes particulières qui se produisent à l'intérieur de fourchettes d'âge définies. Dans le cas des hommes, les traumatismes auto-infligés sont ceux qui contribuent le plus aux différences dans l'espérance de vie, principalement de 15 à 24 ans. Dans le cas des femmes, les cancers et les maladies respiratoires sont ceux qui contribuent le plus de 65 à 79 ans. Les maladies respiratoires sont souvent liées à des maladies liées au tabagisme qui, en tant que catégorie, représentaient le pourcentage le plus élevé de la différence dans l'espérance de vie des femmes. Ces renseignements peuvent aider les praticiens de la santé et les décideurs à se pencher sur les origines des écarts dans l'espérance de vie entre les résidents de l'Inuit Nunangat et la population du reste du Canada. ■

Références

1. L. Greenberg et C. Normandin, « Variations en matière d'espérance de vie à la naissance », *Coup d'œil sur la santé* (Statistique Canada, no 82-624-X au catalogue) 2011, disponible à l'adresse http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2011001/article/11427-fra.htm.
2. R. Romanow, *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada – Rapport final*, Ottawa, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002.
3. P. Bjerregaard, T.K. Young, E. Dewailly et S.O.E. Ebbesson, « Indigenous health in the Arctic: an overview of the circumpolar Inuit population », *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(5), 2004, p. 390-395.
4. G. Carrière, M. Tjepkema, J. Pennock et N. Goedhuis, « Cancer patterns in Inuit Nunangat, 1998-2007 », *International Journal of Circumpolar Health*, 2012, 71 (18581).
5. L.N. Oliver, P.A. Peters et D.E. Kohen, « Taux de mortalité chez les enfants et les adolescents vivant dans l'Inuit Nunangat, 1994 à 2008 », *Rapports sur la santé*, 23(3), 2012, p. 17-23.
6. C. Penney, S. Senécal et E. Bobet, « Mortalité par suicide dans les collectivités inuites au Canada: taux et effets des caractéristiques des collectivités », *Cahiers québécois de démographie*, 38(2), 2009, p. 311-343.
7. L. Zhong-Cheng, S. Senécal, F. Simonet *et al.*, « Birth outcomes in the Inuit-inhabited areas of Canada », *Canadian Medical Association Journal*, 182(3), 2010, p. 235-242.
8. P.A. Peters, « Causes and contributions to differences in life expectancy for Inuit Nunangat and Canada, 1994-2003 », *International Journal of Circumpolar Health*, 69, 2010, p. 66-77.
9. P.A. Peters, « Shifting transitions: health inequalities in Inuit Nunangat in perspective », *Journal of Rural and Community Development*, 7(1), 2012, p. 36-58.
10. P.A. Peters, L.O. Oliver et G.M. Carrière, « Géozones : Méthode fondée sur la région géographique pour l'analyse des résultats pour la santé », *Rapports sur la santé*, 23(1), 2012, p. 55-64.
11. Inuit Tapiriit Kanatami, *Inuit of Canada*, Ottawa, Inuit Tapiriit Kanatami, 2011.
12. M.C. Wolfson, « On the uses of summary measures of population health », dans *Summary Measures of Population Health: Concepts, Ethics, Measurement and Applications*, publié sous la direction de C.J.L. Murray, J.A. Salomon, C.D. Mathers, A.D. Lopez, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002.
13. M.E. Green, *Reporting Infant Mortality Rates for Aboriginal Populations in Canada: A Jurisdictional Review of Methodologies*, Final Reports of the CPSS, HIAD-FNIHB, AFN, ITK, and MNC Joint Working Group for the Improvement of First Nations, Inuit and Métis Infant Mortality Data, Ottawa, Santé Canada, 2009.
14. R. Wilkins, S. Uppal, P. Finès *et al.*, « Espérance de vie dans les régions où vivent les Inuits au Canada, 1989 à 2003 », *Rapports sur la santé*, 19(1), 2008, p. 7-20.
15. C.J.L. Murray, J.A. Salomon, C.D. Mathers et A.D. Lopez, *Summary Measures of Population Health: Concepts, Ethics, Measurement, and Applications*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002.
16. S. Foliaki et M. Pearce, « Changing pattern of ill health for Indigenous people », *British Medical Journal*, 327(7412), 2003, p. 406-407.
17. J.P. Mackenbach, I. Stirbu, A.J.R. Roskam *et al.*, « Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries », *New England Journal of Medicine*, 358(23), 2004, p. 2468-2481.
18. C.L. Chiang, « *The Life Table and Its Applications* », Malabar, Robert E Krieger Publishing Company, 1984.
19. B. Toson et A. Baker, « *Life Expectancy at Birth: Methodological Options for Small Populations* », Report No: 33. Norwich, United Kingdom, Office for National Statistics, 2003.
20. E.E. Arriaga, « Measuring and explaining the change in life expectancies », *Demography*, 21(1)1984, p. 83-96.
21. K.M. Ponnapalli, « A comparison of different methods for decomposition of changes in expectation of life at birth and differentials in life expectancy at birth », *Demographic Research*, 12(7), 2005, p. 141-172.
22. S.H. Preston, P. Hueveline et M. Guillot, « *Demography: Measuring and Modeling Population Processes* », Malden, Massachusetts, Blackwell Publishing, 2001.
23. N. Auger, S. Harper, A.D. Barry *et al.*, « Life expectancy gap between the Francophone majority and Anglophone minority of a Canadian population », *European Journal of Epidemiology*, 27(1), 2012, p. 27-38.
24. N. Auger, C. Alix, G. Zang et M. Daniel, « Sex, age, deprivation and patterns in life expectancy in Quebec, Canada: a population-based study », *BMC Public Health*, 10(161), 2010.
25. C.P. Wen, S.P. Tsai, Y.T. Shih et W.S.I. Chung, « Bridging the gap in life expectancy of the aborigines in Taiwan », *International Journal of Epidemiology*, 33(2), 2004, p. 320-327.
26. Y. Zhao et K. Dempsey, « Causes of inequality in life expectancy between Indigenous and non-Indigenous people in the Northern Territory, 1981-2000: a decomposition analysis », *Medical Journal of Australia*, 184(10), 2006, p. 490-494.
27. Statistique Canada, tableau CANSIM 107-0706, disponible à l'adresse http://www5.statcan.gc.ca/cansim/pick-choisir?id=1020706&p2=33&retrLang=fra&lang=fra.
28. C.A.M. Richmond, « The social determinants of Inuit health: a focus on social support in the Canadian Arctic », *International Journal of Circumpolar Health*, 68(5), 2009, p. 471-487.
29. R. Garner, G. Carrière, C. Sanmartin, et l'équipe de recherche de l'Initiative sur les données longitudinales administratives et sur la santé, « La santé des adultes chez les Premières Nations vivant hors réserve, les Inuits, et les Métis au Canada : l'incidence du statut socioéconomique sur les inégalités en matière de santé », *Série de documents de travail de la recherche sur la santé*, nº 004 (nº 82-622-X au catalogue) Ottawa, Statistique Canada, 2010.